

Formazione 1° ciclo

Ha svolto la formazione di base del primo ciclo (Anatomia - Fisiologia - Patologia) in una scuola riconosciuta dall'ASCA? Sì NO

Se sì, in quale : Ore effettuate :

Se la risposta è **NO**, sarebbe disposto a sostenere un esame? Sì NO

Per quali discipline terapeutiche del 2° ciclo vorrebbe essere riconosciuto (a)?

Discipline terapeutiche 2° ciclo	Numero ore	Nome della scuola	Riconosciuta da ASCA?	Data del Diploma
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Se la scuola non dovesse essere riconosciuta dall'ASCA, sarebbe disposto a sostenere un esame? Sì NO

Formazione 3° ciclo

Ha una formazione con diploma del 3° ciclo (Anatomia, Fisiologia, Patologia, Bilancio di salute, Anamnesi) in una scuola riconosciuta dall'ASCA? Sì NO

Se sì, in quale : Ore effettuate :

Se la risposta è **NO**, sarebbe disposto a sostenere un esame? Sì NO

Documenti richiesti

- Questa richiesta compilata correttamente
- Tutti i certificati, i diplomi e i programmi di formazione dettagliati
- Estratto del casellario giudiziale (non più vecchio di 6 mesi)

Allo scopo d'aderire al concetto della Fondazione "ASCA", certifico con la mia firma che le informazioni qui sopra sono esatte e concordano con la verità. Inoltre, confermo l'autenticità dei dati e dei documenti consegnati alla Fondazione "ASCA". Confermo di aver letto, compreso e accettato tutti i punti menzionati nei capitoli delle Condizioni Generali (CGATer), i regolamenti di esecuzione (RE), così come la lista delle discipline terapeutiche (LDT).

Luogo e data

Firma

.....
Con la sua firma ci autorizza a inoltrare i suoi dati alle nostre assicurazioni affiliate.

La conferma del suo riconoscimento, se accettata, le verrà fatta pervenire entro 2-4 settimane.

Spazio sottostante riservato alla Fondazione ASCA.

Disciplina terapeutica	Approvato	Responsabile
	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	